



Załącznik nr 1 do oferty

**OŚWIADCZENIE ZAWIERAJACE DANE ZLECENIOBIORCY POTRZEBNE DO  
PRZYGOTOWANIA ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO ORAZ ROZLICZENIA Z URZĘDEM SKARBOWYM**

**A. Dane personalne**

**Dane osobowe:**

Nazwisko: .....

Imię (imiona): .....

Nazwisko rodowe: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

Obywatelstwo: .....

Seria i numer dowodu osobistego: .....

Urząd Skarbowy (nazwa i adres): .....

Nr telefonu: .....

NIP: .....

PESEL: .....

Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia: .....

**Miejsce zameldowania:**

Województwo..... powiat..... gmina/ dzielnica.....

Miejscowość..... kod pocztowy.....

Ulica, nr domu i mieszkania.....

**Miejsce zamieszkania:**

Województwo..... powiat..... gmina / dzielnica.....

Miejscowość..... kod pocztowy.....

Ulica, nr domu i mieszkania.....

**B. Dane dla potrzeb obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczenia zdrowotnego**

Oświadczam, iż w okresie umowy zlecenia zawartej od..... do.....

**a) Jestem / nie jestem\* uczniem / studentem\* w wieku do ukończenia 26 roku życia**

.....

(nazwa i adres uczelni /szkoły)

Uwaga: proszę dołączyć kopię legitymacji studenckiej potwierdzoną za zgodność z oryginałem

b) **Jestem / nie jestem\*** **pracownikiem** zatrudnionym na podstawie umowy o pracę w wymiarze .....

..... czasu pracy:

.....  
(nazwa i adres zakładu pracy)

Moje wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie miesięcznej brutto wynosi:

♦ co najmniej minimalne wynagrodzenie brutto ..... w ..... roku

♦ mniej niż minimalne wynagrodzenie brutto ..... w ..... roku

c) **Przebywam / nie przebywam\*** na urlopie **bezpłatnym / wychowawczym\***

d) **Wykonuję / nie wykonuję\*** **umowę zlecenia** dla zleceniodawcy **innego** niż Ministerstwo Zdrowia

W przypadku wykonywania umowy zlecenia dla zleceniodawcy innego niż Ministerstwo Zdrowia wybieram jako umowę rodzącą obowiązek ubezpieczeń emerytalnych i rentowych, umowę zlecenia zawartą ze zleceniodawcą:

.....  
.....  
(nazwa i adres zleceniodawcy innego niż Ministerstwo Zdrowia)

e) **Prowadzę / nie prowadzę\*** **działalności gospodarczej**

W przypadku **prowadzenia działalności gospodarczej:**

♦ przedmiot wykonywanej umowy zlecenia **jest / nie jest\*** inny niż przedmiot prowadzonej działalności

♦ przychód z tytułu zawartej umowy zlecenia z Ministerstwem Zdrowia<sup>1)</sup> **jest / nie jest\*** **niższy** od minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności

♦ wybieram opłacanie obowiązkowych składek emerytalno-rentowych<sup>2)</sup> **od umowy zlecenia w MZ / prowadzonej działalności gospodarczej\***

♦ **wyrażam / nie wyrażam\*** zgody na objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno-rentowym<sup>3)</sup>

f) **Jestem / nie jestem\*** **zarejestrowany(a)** w **Urzędzie Pracy** jako bezrobotny z **prawem / bez prawa do zasiłku\***

.....  
(nazwa i adres Urzędu Pracy)

---

1) wypełnić w przypadku, gdy przedmiot wykonywanej umowy zlecenia **jest** inny niż przedmiot prowadzonej działalności,  
2) wypełnić odpowiednio w przypadku, gdy przychód z tytułu zawartej umowy zlecenia z Ministerstwem Zdrowia **nie jest niższy** od minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,  
3) wypełnić odpowiednio w przypadku, gdy przychód z tytułu zawartej umowy zlecenia z Ministerstwem Zdrowia **jest niższy** od minimalnej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

g) **Jestem / nie jestem\* emerytem / rencistą\*** .....

(nr emerytury / renty)

h) **Mam / nie mam\* orzeczony lekki / umiarkowany / znaczny\*** stopień niepełnosprawności

**C. Dane dla potrzeb dobrowolnych ubezpieczeń emerytalno-rentowych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego**

1) **Zgłaszam / nie zgłaszam\*** wniosku o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalno – rentowym** z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej

2) **Zgłaszam / nie zgłaszam\*** wniosku o objęcie mnie **dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym** z tytułu wykonywanej umowy cywilnoprawnej

\* niepotrzebne skreślić

Data: .....

Czytelny podpis: .....

**Pouczenie:**

**O wszelkich zmianach dotyczących podanych informacji zobowiązuje się powiadomić płatnika na piśmie w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian. W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nieprzekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek, zobowiązuje się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS składki na ubezpieczenie społeczne finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.**